

# 【診療申込書】 大阪府済生会中津病院

FAX: 06-6372-6871 (直通) FAX 受付時間: 24 時間

## ■受診希望日

- 電話で予約済
- ① 月 日 ( 曜日)
- ② 月 日 ( 曜日)
- ③ 月 日 ( 曜日)

紹介元医療機関名:

所在地:

医師名:

TEL/FAX:

特に希望なし  都合の悪い日 \_\_\_\_\_

## ■診療・検査申込

希望医師 \_\_\_\_\_ 医師

受診を希望する診療科に○をご記入ください。 ※  は、完全予約制です。

<input type="checkbox"/> 老年内科	<input type="checkbox"/> 消化器内科	<input type="checkbox"/> 外科	<input type="checkbox"/> 泌尿器科
<input type="checkbox"/> 循環器内科	<input type="checkbox"/> 血液内科	<input type="checkbox"/> 乳腺外科	<input type="checkbox"/> 形成外科
<input type="checkbox"/> 透析シャント狭窄専門外来 (火・金) 午後のみ		<input type="checkbox"/> 呼吸器外科	<input type="checkbox"/> 耳鼻咽喉科頭頸部外科
<input type="checkbox"/> 呼吸器内科	<input type="checkbox"/> 脳神経内科	<input type="checkbox"/> 心臓血管外科	<input type="checkbox"/> 眼科
<input type="checkbox"/> 腎臓内科	<input type="checkbox"/> 小児科	<input type="checkbox"/> 脳神経外科	<input type="checkbox"/> 歯科口腔外科
<input type="checkbox"/> 糖尿病内分泌内科	<input type="checkbox"/> 免疫アレルギー科	<input type="checkbox"/> 整形外科・人工関節センター	
<input type="checkbox"/> 膠原病内科	<input type="checkbox"/> 皮膚科	<input type="checkbox"/> 産婦人科 (出産予定日 年 月 日)	
<input type="checkbox"/> 総合診療内科	<input type="checkbox"/> 放射線治療科	◆循環器系検査依頼◆ 循環器内科受診が必要です。紹介状に検査目的、心電図所見等をご記入ください。	<input type="checkbox"/> 心エコー
◆内視鏡検査依頼◆ ペースメーカー (有・無)			<input type="checkbox"/> ホルター心電図
<input type="checkbox"/> 上部内視鏡検査	<input type="checkbox"/> 下部内視鏡検査		<input type="checkbox"/> PAD

※CT・MRI等の画像診断は、別の「放射線診断科検査依頼書」でお申し込みください。

## ■病名・合併疾患・紹介目的

⇒ 併せて「診療情報提供書」を送信いただく場合は記入不要です。

## ■患者情報

当院受診歴 (あり・なし・不明)

当院 ID: \_\_\_\_\_

現状	外来患者 → 貴院にて待機中ですか はい / いいえ	外国人の方	日本語 可・不可
	入院患者 → 退院後の受診 退院予定日 ( ) 入院中の受診 来院方法 ( ) DPC 対応 / DPC 非対応	会話可能な言語 ( ) 日本語がわかる方の付き添い 有 / 無 日本の保険 ある / ない	
ふりがな 氏名	性別	生年月日 大・昭・平・令 年 月 日 ( 歳)	
住所 (〒 - )	旧姓 ( )	電話番号 (必ずご記入ください) 携帯: - - 自宅: - -	
保険者番号	記号	番号	有効期限
公費負担番号	公費受給者番号		

※ご予約がご希望に添えなかった場合 (予約変更を含む) は、医療機関同士での調整とさせていただきます。

お問い合わせ: 地域連携・患者支援センター

TEL: 06-6372-1036 (直通)

06-6372-0333 (代表)

TEL 受付時間: 平日 9時00分~19時30分

土曜日 9時00分~16時45分

※ 第2・第4土曜日休診 (救急を除く)